



DR. ROGELIO RINCÓN LOZANO
CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

Historia Clínica

Fecha:

Nombre: _____
Estado Civil: _____
Profesión: _____
Teléfono: _____
Referido por: _____
Dirección: _____

Fecha de Nacimiento/Edad: _____/_____ años.
Escolaridad: _____
E-Mail: _____
Celular: _____
Aseguradora: _____

Antecedentes Personales

Familiares cercanos con Diabetes, Presión Alta, Cáncer (especifique cual y quién):

Fuma (Si/No) # /día. Suspendió(hace cuanto)

Toma Alcohol (cuánto y frecuencia)

Droga (Si/No) : Tipo/Frecuencia

Medicamentos/Vitaminas:

¿Padece usted? (Diabetes, Presión Alta, Tiroides, Depresión, Ansiedad, etc.) Especifique/Tratamiento:

Alergias (especifique)

Cirugías Previas (Nombre y año aproximado)

MUJERES: Edad de inicio Menstruación:

Fecha última Menstruación:

¿Papanicolau?

Embarazos::

Partos/Cesáreas:

Aborto:

Motivo de Consulta

Relate
Brevemente

Describe fecha de inicio/si tiene algún diagnóstico/¿ha recibido
tratamiento?/Área del cuerpo afectada

Me interesa...:

Mi objetivo es...:

TELÉFONO

FAX/CONMUTADOR

E-MAIL

USO DEL MÉDICO

Exploración Física:

Diagnóstico

Plan de Tratamiento:

Hospital :

Presupuesto

Cirujano / Anestesiólogo / Ayudantes

Fecha:

Consultas Subsecuentes:

